



7601

Kingston Health  
Sciences Centre

Centre des sciences de  
la santé de Kingston



Hôpital  
Hôtel Dieu  
Hospital



Hôpital Général de  
Kingston General  
Hospital

(Apposez l'étiquette du patient ou de la patiente si disponible.)

## AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ À UNE TIERCE PARTIE

***J'autorise le Centre des sciences de la santé de Kingston (CSSK) à communiquer les renseignements personnels sur la santé décrits ci-dessous.***

**Décrivez les renseignements qui peuvent être communiqués et précisez les dates pertinentes :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Communiquez les renseignements à :**

\_\_\_\_\_  
(Nom/Organisme)

**Adresse et n° de télécopieur du destinataire :**

\_\_\_\_\_  
(Adresse de la personne, de l'établissement ou de l'organisme qui demande l'information)

\_\_\_\_\_  
(n° de télécopieur)

**Renseignements sur le patient ou la patiente :**

\_\_\_\_\_  
(Prénom et nom de famille)

\_\_\_\_\_  
(Date de naissance (aaaa/mm/jj))

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(N° de téléphone)

**But de la communication :** ☐ Soins continus ☐ Raison personnelle ☐ Raison juridique ☐ Assurance ☐ Autre : \_\_\_\_\_

**Établissements de soins :** ☐ Hôpital général de Kingston ☐ Hôpital Hôtel-Dieu ☐ Centre de cancérologie  
☐ Bayshore

**Autorisation :** Je, \_\_\_\_\_, possède l'autorisation légale de faire cette demande en ma qualité de  
(Prénom et nom en lettres moulées)

- ☐ Patient ou patiente  
☐ Mandataire spécial(e)\* – joindre la preuve  
☐ Fiduciaire/exécuteur ou exécutrice testamentaire – joindre la preuve

\*Si vous êtes mandataire spécial(e), précisez :

- ☐ Parent ayant la garde/tuteur légal ou tutrice légale (enfant incapable de moins de 16 ans) \*  
☐ Procureur ou procureure au soin de la personne (adulte incapable)\*  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE REQUISE :**

Date (aaaa/mm/jj) :

Cette autorisation doit contenir les signatures originales; les photocopies ne seront pas acceptées. Il est entendu que la présente autorisation peut être annulée ou modifiée par écrit à tout moment par le patient ou la patiente. Elle cesse d'être en vigueur automatiquement quatre-vingt-dix (90) jours après la date de signature ci-dessus.

**Soumettre à :**

Bureau de divulgation des renseignements  
Centre des sciences de la santé de Kingston  
76, rue Stuart, Kingston (Ontario) K7L 2V7  
Télécopieur : 613 542-8071 Courriel : [khscroirequest@kingstonhsc.ca](mailto:khscroirequest@kingstonhsc.ca)

Pour obtenir d'autres renseignements, lisez le code QR ou consultez la page « Mes renseignements personnels sur la santé » à [www.kingstonhsc.ca](http://www.kingstonhsc.ca).

